

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCELA GALANTE ANGELOTTO

**RELAÇÕES DE AGÊNCIA NO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE
BRASILEIRO: UMA VISÃO EXPANDIDA**

CURITIBA

2016

MARCELA GALANTE ANGELOTTO

**RELAÇÕES DE AGÊNCIA NO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE
BRASILEIRO: UMA VISÃO EXPANDIDA**

Artigo apresentado à disciplina Monografia II como requisito parcial à conclusão do Curso de Ciências Econômicas, Setor de Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Huáscar Fialho Pessali

CURITIBA

2016

Relações de agência no sistema suplementar de saúde brasileiro: uma visão expandida

Marcela Galante Angelotto

RESUMO

No contexto da redemocratização do Brasil e do movimento pela reforma na saúde, a Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e, concomitantemente, garantiu a atividade da iniciativa privada no setor. Essa atividade privada desenvolveu-se não apenas pelos serviços de saúde particulares mas, principalmente, os serviços suplementares, caracterizados pelos planos de saúde. O presente artigo busca discutir sobre os estudos acerca do sistema de saúde suplementar sob a ótica da teoria da agência, estendendo o contexto histórico e o teórico e elucidando sua aplicação na prática. O objeto de estudo principal deste artigo é a operadora de plano de saúde comercial de adesão voluntária, caracterizada pelo negócio com fins de obtenção de lucros. A partir disto, serão estabelecidas relações de agência entre os integrantes básicos desse sistema e analisados os fatores endógenos e falhas de mercado que permeiam essas relações. Por fim, será introduzida a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), onde será examinado seu papel no modelo e o fenômeno da “captura do regulador”. Não há, entretanto, análise de resultados quantitativos, trata-se de um estudo de caso aplicado de forma a esclarecer o funcionamento de uma área de suma importância ao bem-estar e desenvolvimento social.

Palavras-chave: Teoria da Agência. Principal-agente. ANS. Saúde. Suplementar.

1 INTRODUÇÃO

No contexto do movimento da Reforma Sanitária e do retorno do Brasil à democracia, a Constituição Federal de 1988 declarou a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (1988). Seu artigo 198 dá origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), guiado pelos princípios de universalidade de acesso, igualdade de tratamento e equidade na distribuição de serviços. A Constituição garante, no artigo seguinte, a manutenção da iniciativa privada de saúde, dando-lhe um caráter de sistema suplementar - ou complementar - ao público, o que lhe atribui o nome. Ao longo dos anos, a maior parte dessa atividade suplementar acabou por

configurar-se em um mercado de assistência – ou serviços – à saúde. Frente a uma visão mais gerencialista do governo, tal mercado deixou de ser regulado diretamente pelo Estado, que atribuiu a função à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Vê-se então que os serviços de saúde complementar são prestados ao fim de uma longa cadeia de relações entre partes interessadas cujos trabalhos de produção, organização e acompanhamento legal estão fragmentados. Sato (2007), por exemplo, busca expor as relações que permeiam o sistema suplementar no Brasil sob a ótica da teoria da agência, explorando os vínculos entre a agência reguladora (ANS), as operadoras de serviços de saúde e os consumidores ou usuários finais. Outros estudos de Ocké-Reis (2005) e Godoy, Silva e Neto (2005) se deparam com uma subdivisão semelhante de relações.

Entretanto, tal subdivisão parece insuficiente para cobrir um conjunto maior de relações importantes que parecem existir e influenciar no funcionamento do sistema suplementar de saúde no Brasil. O objetivo desta pesquisa é identificar tais relações adicionais e preencher a visualizada lacuna deixada pelos estudos desses autores, buscando ampliar suas análises de forma a se obter um quadro mais completo do mercado de saúde no Brasil. Pretende-se, assim, entender melhor a “complexa trama de conflitos de interesse e poder” (SATO, 2007, p. 49) ali existente. O objeto a que se dedica a pesquisa é o conjunto de relações de agência no campo de atuação das operadoras de plano de saúde comercial de adesão voluntária. Essa modalidade é denominada “medicina de grupo” e caracteriza-se pela comercialização, com fins lucrativos, de planos para clientes pessoas jurídicas ou físicas.

Compreendendo as origens da teoria da agência com os trabalhos de Coase (1937) e Jensen e Meckling (1976) e elementos da *health economics* (Kenneth Arrow 1963), procede-se à pesquisa de Strong e Waterson (1987) na qual a análise se sustenta. Com eles, busca-se estabelecer relações de agência entre os integrantes do sistema: os beneficiários, as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços (médicos, profissionais da saúde, serviços de tratamento e diagnóstico, etc) e a agência reguladora (ANS). Constrói-se, assim, um conjunto de vínculos contratuais que originam problemas relativos ao autointeresse dos indivíduos, à incerteza e, principalmente, à assimetria de informação. Os vínculos estabelecidos podem, inclusive, sobrepor-se uns aos outros, emaranhando o sistema.

Na primeira seção, a evolução histórica do sistema de saúde suplementar é apresentada. Suas origens, razões de ser e definições segundo a legislação vigente. Em seguida, na segunda seção, busca-se expor com clareza os principais pontos da teoria da

agência, considerando pressupostos compatíveis com a realidade como as premissas de autointeresse e assimetria da informação, e os conflitos decorrentes destes. Isto posto, segue-se para a aplicação dessa teoria no sistema suplementar de saúde brasileiro, isto é, o mercado das empresas comerciais de saúde. Nesta parte, são discutidas as relações de agência, os problemas de risco moral e seleção adversa - resultantes da informação assimétrica - e a importância destas complicações para a criação de uma agência reguladora. Por fim, é inserida a ANS neste complexo de relações, analisando-a da mesma forma que foi feito na seção anterior mas, desta vez, considerando-se a essência reguladora e sem fins lucrativos da instituição.

Trata-se de um estudo de caso aplicado de forma a esclarecer as relações firmadas numa atividade relevante para o bem estar geral. Preliminarmente, vê-se que um mapeamento mais completo dos participantes do mercado faz ver que alguns exercem papel tanto de agente como de principal, enquanto outros atuam como agentes duplos, ou de dois principais. Em se comprovando tal identificação, imagina-se poder trazer novos elementos analíticos para situar melhor os resultados de pesquisas que se concentram em apenas um elo da cadeia de relações do mercado de saúde suplementar e preparar o terreno para possíveis estudos empíricos/quantitativos.

2 O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A saúde é um conceito bastante abstrato. O decorrer das eras acompanhou a noção primitiva de “ausência de doença” transformar-se no “estado de completo bem-estar físico, mental e social” definido pela OMS (1946); o gozo da boa saúde abandonou o *status* de privilégio para tornar-se um direito humano fundamental. Neste artigo, entende-se a saúde não apenas como tais bem-estar e direito mas, principalmente, como condição necessária para o desenvolvimento do indivíduo¹ e, por extensão, da sociedade. De forma bastante simplificada, uma pessoa plenamente saudável é muito mais propícia a contribuir positivamente para o seu coletivo do que uma pessoa enferma. Por este caráter de condição ao desenvolvimento social, pode-se compreender por que toda e qualquer sociedade deve zelar pela saúde de seus cidadãos, geralmente articulando sistemas com este objetivo.

¹ O desenvolvimento do indivíduo poder abranger várias esferas, como a pessoal, profissional, social, intelectual, espiritual, etc. (Nota da autora)

No Brasil colonial e imperial (1500-1889) os principais desafios à saúde englobavam as doenças pestilenciais (e.g.: febre amarela, varíola) e a simples assistência à população, sendo estes os responsáveis pelos primeiros esforços de vigilância sanitária e criação de hospitais. Na época, o senso de higiene pessoal e/ou saneamento básico não era como o de hoje em dia, doenças graves ainda eram aceitas com certo conformismo, mesmo para a nobreza, e abundavam nas camadas mais pobres. Com a República Velha e a ditadura Vargas (1889-1945), ganharam destaque os direitos civis, sociais e - especialmente com Vargas - trabalhistas. Num cenário de forte agroexportação e insurgente industrialização, a posição do indivíduo como trabalhador, colaborador da nação, começou a ser vinculada a esses direitos, promovendo uma incipiente assistência à saúde por meio da previdência social (PAIM et. al, 2011). Segundo o site governamental da ANS (2016), no ano de 1923 foi promulgada a Lei Eloy Chaves que criava as primeiras caixas de aposentadorias e pensões, isto é, caixas de fundos financiados e administrados por patrões e empregados com o fim de garantir aos trabalhadores aposentadorias, pensões e serviços médicos.

No período que se seguiu (1945-1964), as leis da previdência foram fortificadas, o Ministério da Saúde foi criado (1953)², a assistência hospitalar foi ampliada e surgiram as primeiras empresas de saúde. Logo depois, as reformas implementadas pela ditadura militar (1964-1985) incentivaram vigorosamente essas empresas, com subsídios, descontos no imposto de renda e construções de hospitais privados com verba pública. Ao passo que os planos de saúde se multiplicavam desenfreadamente, a previdência social entrava numa grave crise. Aliados estes fatores à recessão dos anos 1980, emergiu o movimento pela reforma na saúde - conhecido como Reforma Sanitária - e que marcou a agenda política de movimentos sociais e parlamentares durante a redemocratização (1985-1988). Por fim, sob essas circunstâncias, a Constituição Federal de 1988 foi promulgada, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e dando continuidade e legitimidade à atuação privada na área. (PAIM et. al, 2011)

Com a outorga da Constituição, o sistema de saúde foi legalmente dividido entre o setor público, representado pelo SUS, e o setor privado. Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008) o setor privado é, ainda, desmembrado em mais dois subsectores: o liberal clássico, caracterizado pelo serviço particular, com autonomia nas decisões de tratamento e

² Até então a saúde da população era competência do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. (PAIM et. al, 2011)

remuneração; e o subsetor de saúde suplementar, composto pelos serviços de planos e seguros de saúde, predominantes na esfera privada de assistência. Tais planos privados de assistência à saúde são definidos pela atual legislação como:

“Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.” (Art. 1º, Inciso I, Lei nº 9.656/98).

As operadoras de planos de saúde, por definição, são as pessoas jurídicas que operam tais produtos, contratos ou serviços (BRASIL, 1998) e podem apresentar-se sob seis diferentes modalidades, determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (2000): administradora, cooperativa médica, autogestão, medicina de grupo e filantropia, além das seguradoras especializadas. Cada uma destas modalidades possui características próprias, entretanto, foca-se neste trabalho na modalidade de “medicina de grupo” que diferencia-se das outras por seu caráter comercial.

Cabe destacar que o subsetor de saúde suplementar diferencia-se do liberal clássico por conta de seu financiamento misto, que engloba capital privado e subsídios públicos. Pode-se depreender, inclusive, que o sistema de saúde suplementar figura uma intersecção entre os serviços oferecidos pelo SUS, frequentemente associados à baixa qualidade, e os serviços particulares, em geral, onerosos. Dentro desse contexto, o presente artigo identifica seu pivô na operadora de plano de saúde sob a modalidade de “medicina de grupo”, empresa caracterizada por comercializar planos de saúde de adesão voluntária com fins lucrativos.

3 A TEORIA DA AGÊNCIA

A literatura econômica, por muito tempo, enxergou a firma como uma “caixa preta” (JENSEN; MECKLING, 1976), um elemento importante na dinâmica dos mercados mas desprovida de complexidade interna. Em seu artigo sobre a teoria da firma e os custos de agência, Jensen e Meckling (1976) desenvolvem conceitos e relações acerca do tema, dando corpo à teoria já abordada em estudos anteriores de forma mais pontual. Mesclando a

perspectiva desta obra crucial aos trabalhos de Coase (1937) e, principalmente, Strong e Waterson (1987), este artigo fundamenta sua análise nas ideias e conceitos desenvolvidos a partir da teoria da agência e seus desdobramentos.

O debate sobre a estrutura interna das firmas e sobre seus limites, ou seja, sobre a organização da produção entre instituições diferentes, foi inicialmente estimulado pelo seminal trabalho de Ronald Coase (1937). Nele o autor argumenta que a lógica do funcionamento do sistema econômico - como era compreendido até então - não era apropriada para descrever o funcionamento da firma. Coase (1937) aceitava o entendimento da época de que os movimentos dos preços direcionavam a produção dos mercados, entretanto defendia que dentro da firma quem direcionava a produção não eram os preços mas, sim, o empresário³. Anos mais tarde, Jensen e Meckling (1976) estruturaram uma teoria positiva da agência e definiram a firma como “uma forma de ficção legal⁴ que serve como um ponto de conexão para relações contratuais”, ou seja, trata-se de uma pessoa jurídica que concentra diversas relações - formais ou informais - entre indivíduos. Segundo os autores, “as relações contratuais *compõem a essência da firma*, não somente com empregados mas também com fornecedores, clientes, credores, etc.” (1976, p. 90), isto é, o comportamento dos indivíduos - de qualquer hierarquia - dentro das firmas depende dos contratos firmados entre eles.

Partindo desta concepção da firma e de sua natureza essencialmente contratual, expõe-se a necessidade de compreender mais a fundo as relações que permeiam sua estrutura interna. Strong e Waterson (1987) destacam preliminarmente que, embora existam trabalhos divergentes acerca da teoria da agência⁵, entendem todos eles como um só, pois todos buscam desenvolver uma teoria que esclareça o firmamento de contratos entre indivíduos autointeressados minimizando custos de agência. Dito isso, o modelo de agência (ou modelo do principal-agente) mais simples descrito pelos autores é composto por duas partes: de um lado o principal e do outro o agente. Conforme demonstra a Figura 1, o principal é um indivíduo que delega a outro (o agente) a responsabilidade de selecionar e executar uma ação

³ Ronald Coase utiliza o termo “entrepreneur-co-ordinator” que pode ser traduzido para “empresário coordenador” (Nota da Autora).

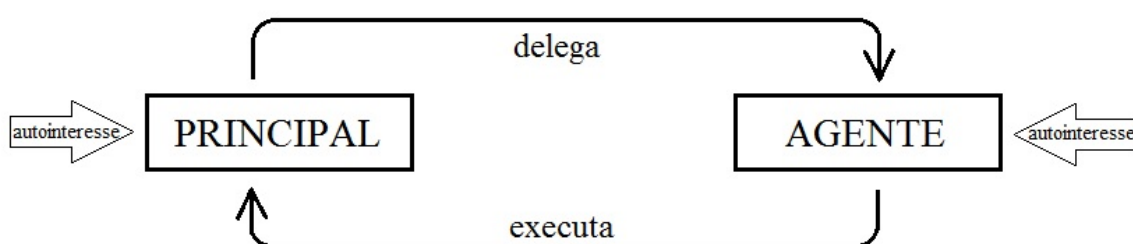
⁴ Jensen e Meckling fazem uma nota explicando a utilização do termo “ficção legal” como “o constructo artificial de acordo com a lei que permite que algumas organizações sejam tratadas como indivíduos” (1976, p. 118), ou seja, o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

⁵ Há uma teoria do principal-agente, mais formal, e uma teoria positiva da agência, mais intuitiva. (Nota da autora)

em seu nome, mediante uma recompensa monetária (STRONG; WATERSON, 1987). Em outras palavras, a relação de agência ocorre quando o principal concede ao agente o *poder de decidir* como um tal objetivo será alcançado, e o agente, em contrapartida, executará essa atividade em troca de uma determinada remuneração. Tomando ambos, principal e agente, como maximizadores de utilidade, indivíduos que buscam seu autointeresse, e o poder de decisão incumbido ao agente pelo principal, “há boas razões para acreditar que o agente nem sempre agirá de acordo com os interesses do principal” (JENSEN; MECKLING, 1976, p.89).

Considere o caso de uma proprietária de um hotel, por exemplo, que contrata (via contrato formal) alguém para gerenciá-lo: em termos de relações de agência, a proprietária é a principal e delega ao gerente (agente) o poder de decidir como administrar o seu hotel, por um dado salário. O grande interesse da proprietária é, obviamente, lucrar, enquanto o do gerente é receber seu pagamento. O desempenho positivo do hotel é desejado pelo gerente também, mas não é sua maior prioridade. A utilidade do gerente inclui, não apenas seu salário, mas outros fatores não-pecuniários como o conforto no ambiente de trabalho, as relações com os outros funcionários, a quantidade de horas trabalhadas, etc., isto é, fatores que podem ser entendidos como o “esforço” que ele pode ou não dedicar a sua função.

FIGURA 1 - ESQUEMA SIMPLIFICADO DO MODELO PRINCIPAL-AGENTE



FONTE: Elaboração Própria (2016)

Apesar da competência do gerente ser fundamental para a performance do hotel, existem muitos fatores exógenos que podem influenciar fortemente na lucratividade almejada. Uma onda de violência na região pode diminuir o fluxo de turistas na cidade e, assim, reduzir a quantidade de hóspedes; ou um jogo de futebol decisivo pode atrair muitos grupos de torcedores e aumentar a clientela. Em ambos os casos, o desempenho do gerente

não é determinístico para os resultados do hotel. Strong e Waterson (1987) dão ênfase à importância da incerteza e dos fatores exógenos em sua análise do modelo principal-agente e fazem, inclusive, uma didática comparação com uma partida de Monopoly, alegando que o vencedor do jogo não precisa ter sido, necessariamente, o melhor jogador dentre os outros.

Além do autointeresse e da incerteza externa, existe ainda um terceiro fator destacado por Strong e Waterson (1987), indispensável para a compreensão do modelo na forma que será analisado adiante. Tal fator consiste na assimetria da informação, “o fato que diferentes atores econômicos não compartilham da mesma gama de informações” (STRONG; WATERSON, 1987, p. 19, tradução minha). A assimetria da informação torna a problemática em torno do modelo principal-agente ainda mais complexa, pois implica que não apenas existem fatores que são desconhecidos, mas também que o principal tem conhecimento de algo que o agente não tem, e vice-versa. Sob a ótica do firmamento de contratos dentro de uma empresa, o fato de principal e agente serem autointeressados aponta para um cenário de negociações e concessões entre eles, mas ainda assim com a possibilidade de um Ótimo de Pareto⁶, mesmo que apenas teoricamente. A informação assimétrica, entretanto, compromete essa possibilidade, assegurando que não ocorrerá, nem mesmo em teoria, um cenário de equilíbrio da maximização de utilidades dos agentes.

Estabelecidos esses pressupostos, Strong e Waterson (1987) passam a analisar dois fenômenos decorrentes da assimetria da informação: o risco moral (ou *moral hazard*) e a seleção adversa (ou *adverse selection*). O risco moral, é descrito pelos autores como “quando o principal e o agente têm a mesma informação até o ponto em que o agente seleciona uma ação, a partir daí o principal só é capaz de observar o resultado, não a ação em si” (STRONG; WATERSON, 1987, p. 21, tradução minha). Conforme demonstra o Quadro 1, nesse caso, a informação assimétrica ocorre no que diz respeito à ação selecionada pelo agente. A dona do hotel e o gerente têm as mesmas informações sobre os fatores exógenos e a mesma incerteza quanto aos eventos futuros. Uma vez que o salário do gerente será o mesmo independentemente do desempenho do hotel, ele pode aumentar sua utilidade se reduzir seu “esforço”. A proprietária não é capaz de vigiar todas as atividades dele; não possui controle sobre a administração direta do hotel, a rotina de trabalho dos seus funcionários ou os planos de marketing estabelecidos pela equipe, a única coisa que ela pode observar é o resultado

⁶ Termo usado para designar a situação onde a utilidade de um agente econômico não pode ser aumentada sem, em contrapartida, diminuir a utilidade do outro. (Nota da autora)

financeiro do hotel. No caso de um resultado muito insatisfatório, o gerente pode “culpar” fatores exógenos. A essência do risco moral é que “o principal pode observar apenas uma imperfeita medida da ação do agente” (STRONG; WATERSON, 1987, p. 23, tradução minha).

No caso da seleção adversa, por outro lado, a informação assimétrica está relacionada aos fatores exógenos (QUADRO 1). Aqui, o principal pode expressamente saber qual foi a ação implementada pelo agente. O que muda é que o agente tem o conhecimento de um fator exógeno relevante do qual utiliza-se para selecionar uma ação mais benéfica para si. Ou seja, mesmo conhecendo a ação implementada, o principal não poderá saber se aquela ação foi ótima de acordo com os seus interesses. A seleção adversa pode ocorrer quando o gerente oferece em excesso serviços ou produtos grátis para hóspedes para compensar por erros administrativos ou no atendimento, por exemplo. Para o gerente, pode ser muito mais conveniente remediar tais situações com cortesias, que para ele não representam custo algum, do que contorná-las ou esforçar-se para encontrar maneiras de moderá-las. A dona do hotel não pode ser capaz de conhecer todas as falhas que ocorrem no seu estabelecimento diariamente, mas pode identificar custos exagerados com “cortesias” nos demonstrativos financeiros. Como na situação do risco moral, o gerente pode facilmente “deturpar” fatores exógenos para justificar os gastos desnecessários. Cabe destacar que, apesar de as definições de Strong e Waterson (1987) serem focadas nos prejuízos causados ao principal pelo agente, nada impede o seguimento inverso (i. e.: agente sendo prejudicado pelo principal), uma vez que, com o ótimo de Pareto nos contratos sendo inconcebível, o conflito de interesses permanece catalisador da relação.

QUADRO 1 - QUADRO DIDÁTICO DO “RISCO MORAL” E DA “SELEÇÃO ADVERSA”

RISCO MORAL	Conhece...		
	Ação selecionada	Fator exógeno relevante	Resultado
PRINCIPAL	NÃO	NÃO	SIM
AGENTE	SIM	NÃO	SIM

SELEÇÃO ADVERSA	Conhece...		
	Ação selecionada	Fator exógeno relevante	Resultado

PRINCIPAL	SIM	NÃO	SIM
AGENTE	SIM	SIM	SIM

FONTE: Elaboração Própria (2016)

A grande questão do modelo principal-agente é que o agente é o detentor do *poder de decisão*. Tendo em vista, ainda, a incerteza e a informação assimétrica, os conflitos de interesses entre principal e agente, dona do hotel e gerente, empregador e funcionário, se tornam muitos mais profundos e difíceis de contornar. Nesse contexto, o risco moral e a seleção adversa se tornam fenômenos certos de permear, em algum nível, tais relações. O principal percebe, então, o valor da informação e na tentativa de mitigar os efeitos negativos da agência e dos conflitos de interesses, pode decidir arcar com “custos de agência”. Segundo Jensen e Meckling (1976), o custo de agência é uma forma do principal “limitar as divergências referentes aos seus interesses por meio da aplicação de incentivos adequados para o agente e incorrendo em custos de monitoramento visando a limitar as atividades irregulares do agente” (p. 89), como por exemplo com sistemas de bônus, participação nos lucros, ou sistemas formais de controle e auditoria. Dessa forma, os custos de agência são, também, inerentes ao modelo, reais como qualquer outro custo.

Em suma, a teoria da agência discute os problemas oriundos da separação entre a propriedade e o gerenciamento do capital (SEGATTO-MENDES, 2001). Tomando pressupostos compatíveis com a realidade (autointeresse, incerteza e informação assimétrica), os fenômenos do risco moral e da seleção adversa, juntamente com os custos de agência, compõem elementos importantes das relações de agência na prática, ajudando a explicar, ademais, como a sofisticação e complexidade dos contratos modernos é produto de um processo histórico de grandes incentivos para controlar e distribuir custos (JENSEN; MECKLING, 1976). A partir desta perspectiva é que serão analisados os contratos das operadoras de planos de saúde e seus beneficiários.

4 O MODELO PRINCIPAL-AGENTE NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Conforme o contexto histórico apresentado na segunda seção, o sistema de saúde brasileiro se originou ao longo dos anos 1940, a partir da previdência social. Nos anos 1950

surgiram os primeiros planos de saúde comerciais através da modalidade “medicina de grupo” e, desde então, as operadoras dominam o mercado privado de assistência (ANS, 2016). Segundo dados de Paim et al. (2011), existem cerca de mil empresas de saúde no Brasil, concentradas majoritariamente (61,5%) na região Sudeste do país. Salienta-se que a empresa de saúde desta análise é a empresa privada que comercializa planos de saúde - para pessoas físicas e/ou jurídicas - com fins de lucro, e a saúde é um “bem” desejado por todos.

Desconsiderada a definição em lei, a proposta do plano de saúde aqui é bem simples. O consumidor contrata uma operadora, mediante uma mensalidade, com o intuito de assegurar-se que suas despesas médicas serão cobertas, mesmo que, à hora que requisitar assistência, ele não possua dinheiro. Trata-se de um *trade-off*, no qual o consumidor (ou beneficiário) abdica de uma parcela de renda mensal para ter seu acesso - e, geralmente, o de seus familiares próximos também - à saúde garantido. Kenneth Arrow (1963), pioneiro da área de *health economics*, explica que a essência dos mercados e sistemas de saúde em geral advém da “incerteza na incidência de doenças e na eficácia de tratamento” (p. 941, tradução minha), ou seja, o gozo da boa saúde não é algo que possa ser garantido em termos médicos. Tendo em vista essa incerteza e a importância atribuída à saúde, o *trade-off* apresentado é uma forma razoável do indivíduo/consumidor buscar a maximização da sua utilidade.

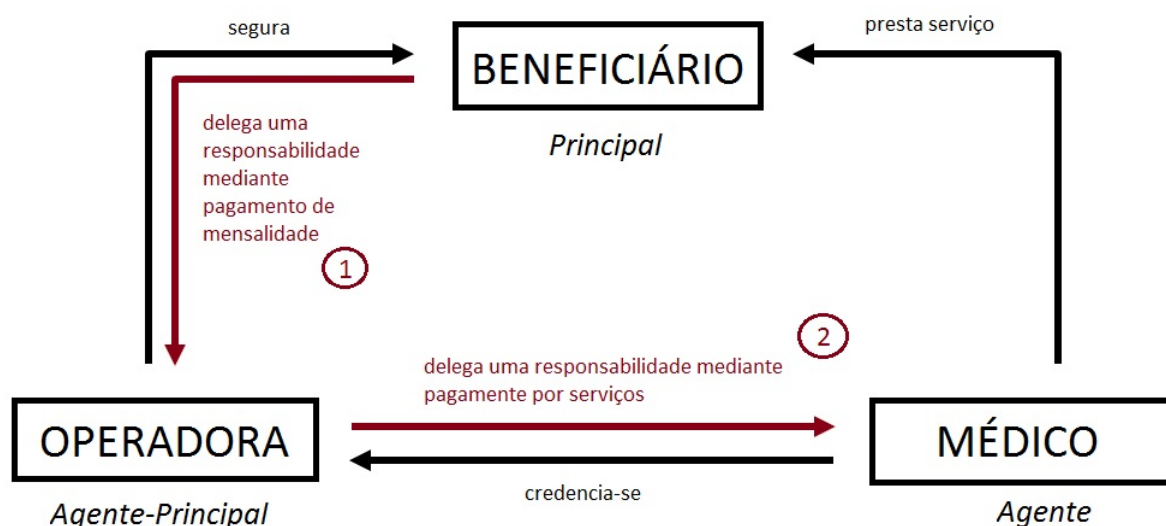
O sistema privado de saúde é um mercado semelhante a qualquer outro, caracterizado basicamente por fins lucrativos, competição entre empresas, falhas de mercado, possibilidade de colusão, dentre outros. Sendo assim, é cabível e interessante analisá-lo sob a ótica da teoria da agência que, justamente, busca compreender e esclarecer o comportamento dos indivíduos no âmbito das firmas e das relações contratuais. No serviço particular de saúde, onde há uma relação direta entre médico e paciente, o modelo principal-agente é facilmente observado: o paciente (principal) delega ao médico⁷ (agente) a responsabilidade de diagnosticá-lo ou curá-lo, e o médico então presta seu serviço mediante um determinado preço de consulta. Evidentemente, na prática existem muitos outros fatores a se considerar e muitos conflitos de interesses e problemas passíveis de aprofundamento nessa relação, todavia há, aqui, um encaixe razoável da realidade com a teoria.

No caso da saúde suplementar, porém, a aplicação da teoria da agência exige uma atenção especial, pois a essência do serviço da operadora é ser uma intermediária da relação

⁷ Ao longo do artigo, o termo “médico” é utilizado para simplificar a explicação entretanto, a análise não é limitada apenas à profissão de médico e, sim, abrange qualquer prestador de serviço de saúde. (Nota da autora)

médico-paciente. Por isso o modelo principal-agente nesse sistema torna-se um pouco mais complexo. Aqui, o paciente não contrata o serviço do médico e paga pela consulta como no caso anterior; o paciente contrata a operadora, comprando a garantia do acesso a uma determinada gama de serviços. O médico, por sua vez, é contratado pela operadora como credenciado, e recebe dela seu pagamento pelos serviços médicos prestados. O fluxo de delegação e recompensa ainda é o mesmo, entretanto, a presença desta nova parte introduz a necessidade de um ajuste na interpretação do modelo. Assim, interposta entre médico e paciente, a operadora adquire uma peculiar caracterização dupla, atuando como agente e principal (FIGURA 2).

FIGURA 2 - ESQUEMA DO MODELO PRINCIPAL-AGENTE APLICADO AO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR



FONTE: Elaboração Própria (2016)

- **Relação 1:** Beneficiário (principal) delega à Operadora (agente) a responsabilidade de segurá-lo mediante pagamento de mensalidade.
- **Relação 2:** Operadora (principal) delega ao Prestador (agente) a responsabilidade de atender seus clientes Beneficiários mediante pagamento de serviços.

A discussão sobre o interesse de cada uma das partes em integrar essa relação não é o foco desta análise. Porém, para fins de apazibilidade, pode-se entender que o sistema suplementar é imperante por sua capacidade de favorecer tanto o paciente quanto o médico.

Para o paciente, o benefício é a escolha satisfatória entre tentar garantir o “máximo de saúde” com o mínimo de custo. Para o médico a vantagem está na possibilidade de uma clientela maior, mesmo que com remuneração menor por paciente. Os fatores que motivam médico e paciente a integrar esta rede do sistema suplementar são variados; podem envolver preferências, disposição ao risco, renda, experiência profissional, etc. O importante, aqui, a destacar é que o objetivo do paciente é a assistência à saúde e o objetivo do médico e da operadora é a remuneração.

Estabelecida a relação de agência, não se pode abstrair o universo de incerteza e assimetria de informação que ali existe também. Como evidenciado por Sá (2012) e Godoy, Neto e Silva (2005) com extensa bibliografia, a literatura frequentemente busca ratificar a ocorrência de risco moral e seleção adversa do ponto de vista nocivo às operadoras, como por exemplo quando beneficiários fazem uso de mais serviços médicos do que realmente precisam (risco moral) ou quando omitem informações relevantes sobre sua propensão a ser um risco maior que a média (seleção adversa). É possível identificar nesses casos a particularidade citada na seção anterior, onde o agente (operadora) é lesionado pela ação do principal (beneficiários). Isto ocorre porque, na saúde suplementar, o beneficiário não transfere apenas uma responsabilidade à operadora mas, também, o risco inerente à sua condição de principal.

Neste artigo, entretanto, pretende-se acrescentar a interpretação que é possível também haver prejuízo ao beneficiário, que fica sujeito às mazelas da informação imperfeita e do conflito de interesses, como qualquer parte dentro de uma relação de agência. A seleção adversa para o beneficiário ocorre quando, por exemplo, ele contrata uma operadora oportunista ou de competência duvidosa. Nesse caso, a empresa possui o conhecimento dos custos e da qualidade dos serviços que oferece mas pode decidir cobrar mensalidades incompatíveis em prol de uma margem de lucro maior. O beneficiário por outro lado, é informado sobre quais são os serviços oferecidos mas, a menos que realmente investigue - o que não é a regra -, não conhece os custos ou a margem de lucro da operadora.

Sob outra perspectiva, o fenômeno do risco moral pode ser observado quando a operadora impõe ao beneficiário custos para cumprir o contrato de assistência firmado, como procedimentos demorados para liberar exames ou o descredenciamento de hospitais próximos, por exemplo. Em tal situação, tanto beneficiário quanto consumidor têm conhecimento das ações executadas, entretanto, o primeiro não conhece os fatores exógenos

que afetam a administração do segundo. Os custos assim impostos para o beneficiário correspondem a um custo zero para a operadora em questão, colocados, por exemplo, por força de contratos com outros agentes ou por estratégias de gerenciamento,

É possível perceber que há uma linha muito tênue para distinguir o risco moral da seleção adversa. Além da interpretação sujeita a ambiguidades, os fenômenos funcionam, em geral, simultaneamente dentro de uma mesma relação. Por exemplo, como foi mostrado, o beneficiário que oferece risco moral às operadoras, sofre seleção adversa por parte delas. Da mesma forma, o médico que costuma recomendar exames numa clínica mais cara provoca risco moral às empresas, mas, em contrapartida, beneficia-se da seleção adversa feita por elas com pacientes de alto risco (e.g.: diabéticos, cardíacos, etc.). É difícil poder determinar com precisão onde começam e terminam todas essas relações e seus efeitos.

Finalmente, os conceitos de risco moral e seleção adversa compreendem uma tentativa de padronizar a complexa teia de relações que integra o modelo principal-agente. Entretanto, é complicado delinear cada caso, hipótese ou exemplo dentro de relações tão imersas em interesses conflitantes, questões éticas e outros fatores. No cenário da saúde suplementar, ainda, a trinca observada é resultado de um modelo sobreposto a outro, acarretando numa transferência de risco que torna a análise ainda mais complexa e a linha de distinção ainda mais frágil. Desta análise, basta evidenciar a observância de tais relações e fenômenos e ceder espaço para pesquisas empíricas e/ou quantitativas como as de Sá (2007) e Godoy, Neto e Silva (2005).

5 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

Foi ponderado, então, que o sistema suplementar de saúde no Brasil tem um desenho que extrapola a análise mais caricatural da teoria da agência. Por conta da transferência de risco que há entre operadora e beneficiário, as relações de agência aprofundam sua complexidade além do que usualmente é concebido e manifestam a carência de mais estudos. Esta última seção expõe como tal sistema pode mostrar-se ainda mais emaranhado, elevando a questão de identificar “principal” e “agente” dentro de uma relação contratual ao desafio de perceber como tais relações se dão num âmbito de conflitos de interesses não tão explícitos.

Segundo Arrow (1963), a incerteza que caracteriza os mercados de saúde leva-os à uma alocação ineficiente de recursos. Nesse contexto, as lacunas deixadas pela ineficiência

sinalizam para novas soluções, contribuindo para o surgimento de “instituições não-comerciais” que compensem tais falhas de mercado (ARROW, 1963). No caso do sistema brasileiro de saúde suplementar, o risco moral e a seleção adversa - falhas de mercado intrínsecas à estrutura - foram fundamentais para promover a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a agência de regulação soberana deste setor.

A ANS foi concebida à luz da Lei nº 9.961/00, mais de 40 anos após o nascimento das primeiras empresas comerciais de saúde. Anteriormente a este marco, a regulação era de competência do aparato jurídico padrão que, sobrecarregado por diversos beneficiários insatisfeitos ou lesados pelas operadoras (e.g.: exclusão de atendimento, mensalidades abusivas, rompimento unilateral de contratos, etc.), demandava uma legislação mais adequada. Foi apenas em 1990 que o primeiro respaldo legal direcionado surgiu em favor dos beneficiários e das relações de consumo em geral, com a promulgação do Código de Defesa do Consumidor. Tais recursos se mostraram, contudo, insuficientes, convidando uma nova intervenção estatal voltada para as especificidades do sistema suplementar. Ergue-se, então, a ANS, moldada por leis e decretos ao longo dos anos 2000. Com autonomia em relação ao Estado para regular os mercados de saúde, a agência busca atenuar os prejuízos sofridos pelos beneficiários e, simultaneamente, incentivar a oferta de serviços pelas empresas e um ambiente competitivo para sua operação. Seu regimento interno, em vigor desde 2009, define-a como uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde.

Art. 1º § 2º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. (ANS, 2009, p. 1)

Pois bem, a inserção da ANS no modelo principal-agente do sistema suplementar implica um novo fluxo de delegação de responsabilidades e recompensas monetárias, como assim definidas por Strong e Waterson (1987). A grande delegação de responsabilidade, aqui, se resume ao caráter regulativo do órgão. Para os beneficiários/consumidores dos planos de saúde e para os médicos e demais prestadores de serviços da área, a ANS representa uma forma potencial de conter os interesses lucrativos desenfreados que podem emergir das empresas de saúde. Simultaneamente, para tais empresas, a agência significa uma proteção ao mercado competitivo, potencialmente impedindo sua concentração exagerada.

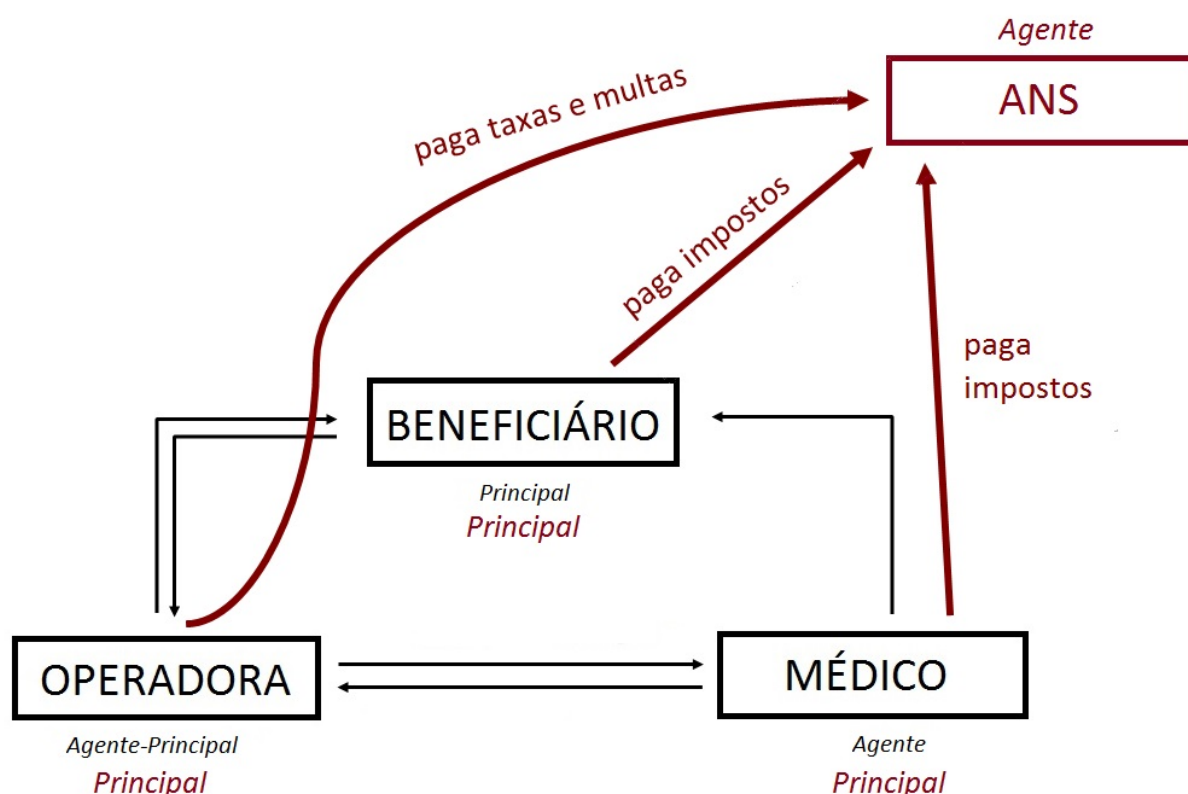
Do ponto de vista da recompensa monetária, porém, faz-se necessário examinar a origem das receitas e investimentos destinados à ANS. Como instituição pública em nível federal, parte de seus recursos advém dos impostos pagos pelos contribuintes à União. Uma parcela desses impostos integra o orçamento do Ministério da Saúde que, por sua vez, financia a manutenção da ANS - principalmente em termos de pessoal e estrutura - e, ainda, transfere uma pequena fração de recursos para ela. A outra parte de suas receitas, emana do seu *poder de polícia*⁸, isto é, da sua atuação como entidade reguladora, que impõe diversas taxas, como a Taxa de Saúde Suplementar⁹, e multas por infração às operadoras de planos de saúde.

Após estabelecidos os pontos principais, para fins de clareza na aplicação do modelo, foram suprimidas as relações existentes entre beneficiários e/ou prestadores com as entidades que intermediam o repasse dos impostos à agência reguladora (União, Ministério da Saúde, etc.), assumindo, assim, um pagamento direto. Fica, aqui, a lacuna para ser preenchida futuramente com as possíveis relações de agência dentro desse percurso. Isto posto, a ANS surge para integrar-se ao modelo principal-agente do sistema de planos de saúde comerciais como um grande “agente”, dotado de poder de decisão e responsabilidade em prol de outros, atuando vinculado a vários “principais”, delegadores de responsabilidade (FIGURA 3).

⁸ Segundo Medauar (1995), poder de polícia é “é a atividade da Administração Pública que impõe limites a direitos e liberdades”.

⁹ A taxa de saúde suplementar é uma das formas de arrecadação da ANS que atinge as operadoras de produtos, serviços ou contratos referentes a assistência médica, hospitalar ou odontológica (Art. 19º Lei 9.961/2000)

FIGURA 3 - ESQUEMA DE MODELO PRINCIPAL-AGENTE NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR CONSIDERANDO A ANS



FONTE: Elaboração Própria. (2016)

- **Relação ANS - Beneficiários:** Beneficiário (principal) delega à ANS (agente) a responsabilidade de regular as operadoras de saúde de acordo com o seu interesse mediante pagamento (indireto) de impostos.
- **Relação ANS - Operadora:** Operadora (principal) delega à ANS (agente) a responsabilidade de legislar sobre o mercado, impedindo competição espúria ou concentração excessiva, mediante pagamento de taxas e, indiretamente, impostos.
- **Relação ANS - Médico:** Médico (principal) delega à ANS (agente) a responsabilidade de regular as operadoras de saúde de acordo com o seu interesse mediante pagamento (indireto) de impostos.

A partir do conjunto de relações definido acima, seria espontâneo identificar as ocorrências de risco moral e seleção adversa, tal como foi feito na seção anterior. Entretanto, a questão dos “interesses” no contexto da agência reguladora transpõe-se às prováveis falhas

de mercado e suplica uma prioridade na análise. A obscuridade no papel da ANS mostra-se já a partir de sua definição legal: “A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público”, isto é, o bem geral dos cidadãos deve, por lei, ser o interesse da agência. Sua essência advém da necessidade de harmonizar os interesses incompatíveis dentro do mercado de saúde. Dentro da teoria da agência, a ANS seria um caso à parte, funcionando de modo similar a um contrato¹⁰ dinâmico entre as partes autointeressadas, buscando conciliá-las como qualquer contrato faz mas, ao mesmo tempo, sujeito a contínuas mudanças, novas “cláusulas”, conforme as demandas do mercado de saúde em geral. Todavia, é consensual que a realidade da ANS não é essa, o que, curiosamente, reforça a verossimilhança da teoria da agência. Ainda que sua razão de existência como pessoa jurídica seja avessa ao autointeresse, na prática, a instituição é dirigida por diversos “principais” e “agentes” autointeressados, resultando, dessa maneira, num órgão dotado de motivações extremamente ambíguas.

Conforme dados disponíveis no Portal da Transparência¹¹ (Tabelas 1 e 2), mais de 95% das receitas correntes da ANS são advindas das operadoras de planos de saúde, seja devido a taxas de exercício ou multas e juros de multas. Ainda que os gastos diretos do Ministério da Saúde estejam numa proporção próxima, eles destinam-se à manutenção da estrutura da instituição (salários e benefícios de servidores, equipamentos, materiais, serviços de terceiros prestados) e dependem de licitações e outros processos demorados. Ademais, existe todo um caminho percorrido pelos impostos para chegarem até a ANS. Por outro lado, a relação da entidade com as operadoras é muito mais direta e simples, especialmente no que tange aos pagamentos feitos. Essas são informações bastante relevantes quando se busca investigar o que motiva os interesses dos dirigentes da agência.

¹⁰ Ressalta-se que o contrato, nos termos da teoria da agência, é o meio pelo qual principais e agentes negociam para atingir um acordo acerca de seus interesses. (Nota da Autora)

¹¹ Site governamental que permite à população acompanhar os gastos e receitas públicos. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/>

TABELA 1 - RECEITAS DA ANS DIVULGADAS NO PORTAL DA TRANSPARÊNCIA

Receitas	2012	2013	2014	2015	Média (%)
Intra-Orçament.	R\$ 19.619,80	R\$ 25.483,49	R\$ 7.741,58	R\$ 9.470,58	0,01%
Serviços	R\$ 159.015,31	R\$ 679.957,80	R\$ 171.767,85	R\$ 3.229.382,32	0,40%
Patrimonial	R\$ 8.678.218,11	R\$ 10.043.097,21	R\$ 1.126.036,56	R\$ 2.352.632,32	3,03%
Tributária	R\$ 88.046.321,89	R\$ 89.022.094,27	R\$ 90.819.028,63	R\$ 113.732.501,85	44,11%
Outras	R\$ 40.880.369,57	R\$ 118.037.764,60	R\$ 184.930.993,71	R\$ 173.170.308,14	52,45%
TOTAL	R\$ 137.783.544,68	R\$ 217.808.397,37	R\$ 277.055.568,33	R\$ 292.494.295,21	100,00%

FONTE: Elaboração Própria. (2016)

TABELA 2 - GASTOS DIRETOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DIVULGADOS NO PORTAL DA TRANSPARÊNCIA

Gastos Diretos do Ministério da Saúde com a ANS	2012	2013	2014	2015
Pessoal, RH e encargos sociais	R\$ 187.139.889,91	R\$ 208.153.470,20	R\$ 246.114.635,13	R\$ 253.076.694,03
Equipamentos e materiais	R\$ 1.887.953,84	R\$ 4.269.371,15	R\$ 11.961.416,24	R\$ 5.287.732,53
Empréstimos e Financiamentos	R\$ 5.391.219,91	R\$ 6.419.695,56	R\$ 7.677.515,78	R\$ 6.168.621,32
Outros Serviços	R\$ 1.534.856,63	R\$ 1.006.818,87	R\$ 438.740,90	R\$ 3.001.747,77
TOTAL	R\$ 195.953.920,29	R\$ 219.849.355,78	R\$ 266.192.308,05	R\$ 267.534.795,65

FONTE: Elaboração Própria. (2016)

À parte a questão da moral e/ou integridade dos dirigentes da ANS que pode alavancar diversas situações de seleção adversa e risco moral (e.g.: vista grossa de infrações das operadoras, desoneração de tributos/taxas, etc.), o principal ponto que assombra as agências reguladoras é a chamada “captura do regulador”. Conforme explica Pirotta (2006) a doutrina cunhou a expressão para caracterizar a situação em que a agência reguladora passa a proteger os interesses do setor privado que deveria regular em detrimento do bem-estar dos consumidores. Segundo o autor, isso ocorre pois os interesses destes consumidores são muito esparsos, não proporcionam uma interlocução focada, ao passo que as empresas são sistemáticas e obstinadas, influenciando as decisões da agência com maior eficácia. Ainda,

Pirotta (2006) ressalta que a exigência de conhecimento técnico na área da agência reguladora torna muito comum administradores oriundos da iniciativa privada, o que pode afetar sua imparcialidade nas decisões, por exemplo.

Portanto, apesar de ser uma entidade criada a partir da necessidade de garantir o bem-geral, existem variáveis a se considerar sobre a atuação dos indivíduos que vão além do modelo principal-agente apresentado por Strong e Waterson (1987) e pedem por uma deliberação formal para integrarem-se à teoria. O fenômeno da captura do regulador acaba se tornando, na realidade, tanto um paradoxo institucional, uma vez que os regulados não assumem papéis determinantes nas políticas da instituição, quanto uma característica inerente ao modelo de agência já que “na fase de velhice, as agências dependem diretamente dos controlados, configurando-se uma espécie de acordo colusivo entre eles” (PIROTTA, 2006, p.4). Isso resulta em um aparato governamental maquiado por valores que reforça as políticas voltadas para um sistema privado sufocador dos interesses da população em geral.

6 CONCLUSÃO

O sistema suplementar de saúde brasileiro, portanto, é compreendido pela teoria da agência de um modo mais complexo que o modelo abordado formalmente. Tomando beneficiários, operadoras e médicos como os três protagonistas do mercado de planos de saúde, foi observada uma relação de agência interdependente, baseada, essencialmente, na transferência de risco ocorrida entre beneficiário de operadora. Tal transferência acarretou, ainda, numa caracterização dupla da operadora de plano de saúde, que configurou-se como agente e principal ao intermediar o vínculo entre médico e beneficiário. Ademais, percebeu-se inviável delimitar todas as falhas de mercado (risco moral e seleção adversa) dentro desse sistema, visto que possuem interpretação muito particulares e podem abranger infinitos casos.

Sobreveio, como quarta protagonista, a ANS, decorrente da necessidade de regular esse mercado de saúde dotado de falhas. Foi notado que a agência, na verdade, funcionava não apenas como um grande agente de vários principais, mas, em especial, como um contrato mutável entre seus principais, buscando apaziguar divergências à medida que fossem surgindo. Sobreposta às relações entre os três atores, problematiza ainda mais o modelo, tornando o quadro amplo, almejado no início da análise, bastante nebuloso e carente de uma

perspectiva mais pontual. É importante, também, salientar a origem da agência reguladora a partir das falhas de mercado que compõe tanto sua natureza quanto sua incoerência, uma vez que implica no fenômeno da captura do regulador.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Histórico. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 29/06/2016.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa N° 197, de 16 de julho de 2009. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ2MA==>>. Acesso em: 29/09/2016

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). RDC N° 39. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>>. Acesso em: 23/11/2016

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, v. 53, n. 5, p. 941-973. 1963

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.

BRASIL. Lei n. 9656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>

COASE, R. H. The nature of the firm. **Economica**. v. 4, n. 16, p.386-405, 1937.

BALBINOTTO NETO, G.; GODOY, M. R.; SILVA, E. N. Planos de Saúde e a Teoria da Informação Assimétrica. In: **EnANPAD 2004**, Curitiba - Paraná. Anais da XXVII EnANPAD, 2004.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Teoria da firma: comportamento dos administradores, custos de agência e estrutura de propriedade. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 87-125, abr/jun. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000200013&lng=en&nrm=iso>. access on 28 June 2016.

OCKÉ-REIS, C. O. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. **RAP. Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n.6, p. 1303-1318, 2005.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova York, 1946. Disponível em:
 <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho/Imprimir.html>>.
 Acesso em 12/11/2016

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, (online), 2011. Disponível em:
 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>. Acesso em: 25/06/2016

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783. 2008.

PIROTTA, F. de A. O fenômeno da captura nas agências reguladoras. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1142. 2006. Disponível em:
 <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8754>> . Acesso em: 29/06/2016

SATO, F. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-62. 2007.

SEGATTO-MENDES, A. P. **Teoria de agência aplicada à análise de relações entre os participantes dos processos de cooperação tecnológica universidade-empresa**. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em:
 <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-24012002-114443/>>. Acesso em: 28/06/2016

STRONG, N.; WATERSON, M. Principals, agents and information. In: CLARKE, R.; MCGUINNESS, T. **The economics of the firm**. Oxford: Basil Blackwell, 1987. p. 18-41.